

ДЕКЛАРАЦИЯ
DECLARATION

Подписаният/ ната / The undersigned	 <i>име на служителя/employee name</i>
ЕГН/ ID	
Адрес/ Address	
E-mail	
Телефон/ Phone	
служител на/ employer to	 <i>име на компанията/company name</i>

в качеството си на застраховано лице по договор за здравно застраховане със ЗД „Съгласие“ АД/ as an insured person under a health insurance contract with Saglasie Insurance декларирам следното/ I declare the following:

- желая да застраховам за своя сметка членовете на семейството си:/ I wish to insure my family members at my own expense:

1. Име/ Name		ЕГН/ID	
роднинска връзка/ kinship relationship			
2. Име/ Name		ЕГН/ID	
роднинска връзка/ kinship relationship			
3. Име/ Name		ЕГН/ID	
роднинска връзка/ kinship relationship			

Дата: Подпис: